UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE

N° 4

LES PHLEGMONS

DE LA

PAUME DE LA MAIN

ET LEUR TRAITEMENT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Novembre 1914

PAR

Ch. WAISBERG

Né à Krivoïe-Osero (Russie), le 20 mars 1883

Ex-externe des Hôpitaux de Paris

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la thèse

FORGUE, professeur, *président.*
ESTOR, professeur.
LAPEYRE, agrégé libre. } *Assesseurs*
VEDEL, agrégé libre.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914

LES PHLEGMONS
DE LA
PAUME DE LA MAIN
ET LEUR TRAITEMENT

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 4

LES PHLEGMONS

DE LA

PAUME DE LA MAIN

ET LEUR TRAITEMENT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Novembre 1914

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PAR

Ch. WAISBERG

Né à Krivoïe-Osero (Russie), le 20 mars 1883

Ex-externe des Hôpitaux de Paris

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ
(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la thèse

FORGUE, professeur, *président.*
ESTOR, professeur.
LAPEYRE, agrégé libre. } *Assesseurs*
VEDEL, agrégé libre.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	Doyen.
SARDA	Assesseur.
IZARD	Secrétaire

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT (✲).
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique	TRUC (O ✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✲).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H).
Clinique médicale	RAUZIER (✲).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Anatomie pathologique	N...

Professeurs adjoints : MM. De ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), HAMELIN (✲), GRASSET (O ✲).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM. De ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU (✲), a.l. (ch. de c.)
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, a.l. (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIERE, agrégé.
Accouchements	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. RIMBAUD.
GRYNFELTT.	DERRIEN.	ROGER.
LAGRIFFOUL.	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	MASSABUAU.	LISBONNE.
GAUSSEL.	EUZIERE.	MARQUÈS, ch. des F.
RICHE.	J. DELMAS.	

Examinateurs de la thèse ;

MM. FORGUE, professeur, *président.*	MM. LAPEYRE, *agrégé libre.*
ESTOR, professeur.	VEDEL, *agrégé libre.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'UNIVERSITÉ
DE MONTPELLIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Hommage respectueux

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

WASBERG.

LES PHLEGMONS

DE LA

PAUME DE LA MAIN

ET LEUR TRAITEMENT

INTRODUCTION

Les phlegmons de la paume des mains sont d'une importance capitale pour le praticien à cause de leur grande fréquence et de leur pronostic redoutable. En effet, que de malades ont succombé ou sont restés impotents par la faute d'un traitement précoce et bien fait!

D'ailleurs, malgré les longues discussions d'antan entre partisans de la lymphangite (Dolbeau et Chevalet) et de la synovite (Gosselin et Schwartz) au point de vue clinique, malgré les importants mémoires de Schwartz et de Delorme au point de vue anatomique, la question reste souvent encore imparfaitement posée.

Lecène, en 1910, et Picqué récemment (*Journal de chirurgie,* 1913) apportaient une intéressante contribution au traitement des phlegmons graves des gaines synoviales de la main, en conseillant la section systématique du ligament annulaire antérieur.

L'intérêt primordial des phlegmons de la main a telle-

ment attiré notre attention que nous l'avons choisi comme sujet de notre thèse. Nous essaierons donc de résumer toute la question dans son ensemble, mais nous insisterons surtout sur le côté thérapeutique, qui est d'une importance capitale en pratique.

Mais, avant d'entreprendre cette étude, c'est pour nous un devoir agréable à remplir d'adresser nos remerciements à ceux qui nous ont dispensé la science médicale.

Que nos maîtres de la Faculté de Paris veuillent les recevoir comme un témoignage de la gratitude qui leur est due.

Ce témoignage, que les maîtres de la Faculté de Montpellier, dont nous avons suivi un temps trop court les éminentes leçons, veuillent bien aussi l'agréer.

M. le professeur Forgue, qui nous a fait le grand honneur de présider notre jury, nous permettra de lui témoigner combien nous avons été touché de la bonté avec laquelle il nous a accueilli.

Nous adressons nos sincères remerciements à M. le professeur Estor ainsi qu'à MM. les professeurs agrégés Lapeyre et Vedel, qui ont bien voulu faire partie de notre jury.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

I. *Causes déterminantes.* — Comme toutes les inflammations locales, les phlegmons de la paume reconnaissent comme *cause déterminante* une inoculation septique; tous les microbes pyogènes peuvent donner lieu à cette affection, mais c'est surtout le staphylocoque blanc ou doré et le streptocoque qu'on trouve dans le pus de ces phlegmons, plus rarement on observe des phlegmons dus à des microbes spécifiques. Ainsi Sanière, dans sa thèse, rapporte deux observations de panaris dus au bacille de Lœffler. Dubois Saint-Sevrin a signalé également un panaris causé « par un anaérobie associé au microbe rouge de la sardine ».

II. *Causes occasionnelles.* — Les phlegmons de la main peuvent être indépendants de tout panaris, avoir pour origine une lésion dans la main même; ce sont là des cas rares. En général, ils sont consécutifs aux panaris. Les agents pathogènes entrent dans l'organisme par une solution de continuité des téguments des doigts et de la main; tantôt il s'agit d'un traumatisme grave (écrasement, plaie contuse, morsure de cheval, opération chirurgicale, etc.), tantôt il s'agit d'une plaie insignifiante en apparence (écorchures, arrachement d'envies, piqûres peu profondes, corps étrangers divers, etc.), enfin, dans certains cas, la porte d'entrée passe inaperçue ou peut même faire défaut en

apparence. Mais ce qu'il faut retenir de ces notions étiologiques, c'est que *très souvent il s'agit d'une plaie minime*, qui facilement passe inaperçue; c'est le cas d'une piqûre *négligée* qui, huit jours, trois semaines après, donne lieu aux phlegmons. Il semble même qu'il faut comme une *période d'incubation* aux microbes introduits sous l'épiderme pour pouvoir créer des phlegmons.

III. *Causes prédisposantes.* — Mais le microbe et la porte d'entrée ne suffisent pas toujours pour donner lieu à un phlegmon, et il est fréquent d'observer des piqûres ou des plaies des doigts de la main guérir sans donner naissance aux phlegmons; c'est qu'en effet il faut pour cela *des causes prédisposantes.* Ainsi la *virulence et le nombre des microbes* jouent un grand rôle prédisposant, et l'on comprend ainsi pourquoi il est fréquent d'observer les phlegmons de la paume à la suite des piqûres anatomiques, à la suite des plaies du chirurgien faites au cours de l'opération pour ostéomyélite; d'autre part, *l'état général* de certains malades (fatigue, alcoolisme, diabète) a une influence aggravante manifeste; il en est de même de *certaines professions* telles que forgeron, serrurier, menuisier, jardinier, boucher, garçon d'amphithéâtre, etc., et chez les femmes: brunisseuse, blanchisseuse, lingère.

La fréquence des phlegmons de la paume est grande en raison de ce fait que les doigts et la main, plus que toute autre partie du corps, sont exposés au traumatisme et partant à l'infection; mais cette fréquence varie d'une part avec l'*âge*, et atteint son maximum de 20 à 25 ans, d'autre part avec le *sexe*, et on connaît la plus grande fréquence pour l'homme en raison de la nature de ses travaux; pour la même raison, la *main droite* est environ deux fois plus atteinte que la main gauche.

IV. *Pathogénie.* — Losque les phlegmons de la paume proviennent d'une lésion siégeant à la main, il est facile de comprendre que la propagation se fait de proche en proche, et la pathogénie n'est pas discutée.

Mais quand il s'agit de phlegmons de la main, consécutifs à des lésions par les *gaines digitales,* le mécanisme de propagation de l'infection est moins clair et toujours discuté.

1° Pour Dolbeau et son élève Chevalet (Th. de Paris, 1875), ces suppurations étaient des *lymphangites profondes suppurées,* c'est-à-dire que, pour eux, la propagation se faisait par les lymphatiques.

2° Pour Gosselin et son élève Schwartz (Th. de Paris, 1878), l'infection se propageait des doigts à la main et à l'avant-bras par les *gaines synoviales.* Ces deux théories pathogéniques ont encore leurs partisans. En effet, aujourd'hui, la plupart des chirurgiens donnent raison à Gosselin et Schwartz. Dans la majorité des cas, dit Lecène, dans le *Journal de chirurgie,* 15 février 1911, les suppurations profondes de la paume de la main qui fusent vers l'avant-bras et qui ont leur origine presque constante dans les inflammatoires aiguës du pouce et du petit doigt, sont des *synovites suppurées qui se propagent le long des gaines des fléchisseurs des doigts.* Par contre, Imbert (de Marseille) et son élève Sanière (Thèse de Montpellier, 1910) pensent que, *le plus souvent,* la propagation de l'infection du doigt à la main se fait par *voie lymphatique.* Quoi qu'il en soit, en pratique, il suffit de savoir que l'infection se propage à la main et à l'avant-bras, tantôt par le tissu cellulaire, tantôt par les lymphatiques, tantôt par les gaines synoviales et que, dans l'immense majorité des cas, lorsque le malade vient nous consulter, les gaines synoviales sont prises et doivent être largement ouvertes.

ANATOMIE CHIRURGICALE DE LA PAUME DE LA MAIN

Pour comprendre les différentes formes anatomo-cliniques des phlegmons de la paume et pour éviter, dans leur incision, la blessure des vaisseaux et des nerfs, il est indispensable de connaître l'anatomie chirurgicale de la main.

Aspect extérieur. — De forme quadrilatère, la paume de la main présente extérieurement *des saillies, des dépressions et des plis cutanés. Les saillies* sont, de dehors en dedans : l'éminence thénar, les trois saillies en regard des espaces interdigitaux et l'éminence hypothénar.

La *dépression*, limitée par les saillies précédentes, constitue le creux de la main.

Les *plis cutanés* sont nombreux, mais il n'y en a que trois qui peuvent servir en pratique de points de repère, ce sont :

1° *Le pli supérieur*, concave en dehors et un peu en haut, qui part du bord externe de la paume à 2 centimètres et demi environ au-dessous de la racine de l'index et se termine au poignet, séparant ainsi l'éminence thénar du creux de la main ;

2° *Le pli moyen* commence au bord externe de la main, au même niveau ou un peu au-dessous du précédent et se dirige transversalement vers le bord interne ;

3° *Le pli inférieur*, également transversal, est parallèle au précédent.

Plans constitutifs. — Sur une coupe transversale de la main passant sur l'éminence thénar, le bistouri rencontre, d'avant en arrière, les plans suivants :

1° *La peau,* qui, chez certains sujets, s'épaissit, devient calleuse et présente des durillons, au-dessous desquels se forment souvent des bourses séreuses ; ces dernières, enflammées, constituent des *abcès sous-épidermiques* ou *durillons forcés* qui, bordés par l'épiderme épaissi, tendent à fuser en profondeur, si on n'intervient pas rapidement ;

2° *La couche cellulo-graisseuse* sous-cutanée qui est le siège *des phlegmons sous-dermiques* ou *sous-cutanés.* Cette couche est traversée par des tractus fibreux reliant la face profonde de la peau à l'aponévrose superficielle, ce qui explique pourquoi les *phlegmons sous-cutanés* sont très douloureux.

3° *L'aponévrose palmaire superficielle,* très mince et peu résistante au niveau des éminences thénar et hypothénar, est, par contre, épaisse et très résistante au niveau du creux de la main, où elle se continue avec le ligament annulaire du carpe.

4° *L'espace inter-aponévrotique,* compris entre l'aponévrose superficielle plus haut étudiée et l'*aponévrose profonde* (qui tapisse la face antérieure des muscles interosseux et adhère au bord antérieur des métacarpiens). Cet espace est divisé par deux prolongements fibreux de l'aponévrose superficielle s'insérant sur l'aponévrose profonde, en trois loges : une *loge palmaire interne* contenant les muscles de l'éminence hypothénar et les tendons fléchisseurs du petit doigt ; une *loge palmaire externe* contenant les muscles de l'éminence thénar, le tendon du long fléchis-

seur propre du pouce avec sa *gaine synoviale,* qui est appelée gaine radiale . Cette dernière commence en haut par un cul-de-sac de 3 à 4 centimètres au-dessus du ligament annulaire, accompagne le tendon dans l'éminence thénar et communique habituellement avec la synoviale digitale du tendon; une *loge palmaire moyenne* qui forme un véritable *canal ostéofibreux* inextensible, faisant suite au canal carpien, et contient, de la superficie vers la profondeur, l'arcade palmaire superficielle, les veines palmaires, les nerfs collatéraux palmaires, les tendons des fléchisseurs superficiels et profonds disposés en deux couches, avec la *gaine cubitale.* L'*arcade palmaire* superficielle, située immédiatement sous l'aponévrose superficielle, se projette dans l'espace compris entre les plis supériur et moyen; il faudra donc éviter d'inciser sur cette zone; en effet, une ligne transversale, allant de la commissure du pouce au bord cubital de la main, correspond assez bien au sommet de l'arcade. *La gaine cubitale* commence à 4 ou 5 centimètres au-dessus du ligament carpien, passe dans le canal ostéofibreux du carpe, puis dans la loge palmaire moyenne, et s'arrête au niveau de la racine des doigts, sauf du côté du petit doigt où il se continue avec sa gaine digitale.

Enfin, 5° au-dessous de l'aponévrose profonde se trouve l'arcade palmaire profonde, qui est plus rapprochée de la face dorsale de la main que de sa face palmaire, se projette sur la peau à 1 centimètre environ au-dessus de l'arcade superficielle.

Il nous reste maintenant à dire quelques mots des rapports des artères radiale et cubitale, des nerfs médian et cubital au *poignet.*

1° *Artère radiale.* — Elle occupe le milieu de la gout-

tière du pouls. On en sent facilement les battements à un centimètre en dedans du tendon du grand palmaire; elle sera donc ménagée par une ouverture pratiquée sur *le relief de ce tendon* ou immédiatement en dehors de lui.

2° *Artère cubitale.* — Elle est située dans la gouttière interne du poignet, immédiatement en dehors du tendon cubital et du pisiforme, à un bon centimètre en dedans du *tendon du petit palmaire.* On l'évitera en faisant une *incision sur le bord interne de ce tendon.*

3° *Nerf médian.* — Il chemine superficiellement dans l'interstice sous-aponévrotique, séparant les deux culs-de-sac synoviaux, au fond de la gouttière limitée par les deux tendons du grand et du petit palmaire, soit *un peu en dehors de la ligne axiale* de l'avant-bras. Il ne court donc aucun risque du fait des incisions précédentes.

4° *Nerf cubital.* — Il est situé sur le côté interne de l'artère et ne peut pas être blessé par l'incision pratiquée sur *le bord interne du tendon du petit palmaire.*

ETUDE ANATOMO-CLINIQUE

Au point de vue anatomo-clinique, il est classique de distinguer trois variétés de phlegmons de la paume, qui sont : le phlegmon sous-épidermique, le phlegmon sous-dermique et le phlegmon sous-aponévrotique.

I. *Phlegmon sous-épidermique, ou cutané, ou superficiel.* — Ici, l'inflammation se cantonne à la face externe du derme ; le pus, lorsqu'il se produit, s'accumule sous l'épiderme et est, en général, très limité, à cause des adhérences de l'épiderme aux plis cutanés palmaires. L'affection peut se présenter sous plusieurs formes cliniques :

a) La forme érythémateuse, habituellement consécutive à des irritations superficielles, n'est autre chose qu'une lymphangite cutanée et se caractérise par une rougeur vive, du gonflement œdémateux surtout dorsal et engorgement des ganglions épitrochléen et axillaire. La main semble lourde ; elle est le siège de picotements ou de démangeaisons ; il y a un peu de fièvre. En deux ou trois jours, sous l'influence de bains et de pansements à l'alcool, la guérison est obtenue.

b) La forme phlycténulaire ou ampullaire sous laquelle l'épiderme est soulevé par une petite collection de sérosité ou de pus : c'est le durillon forcé. Au début, cette forme est annoncée par des douleurs vives ; puis ap-

paraît une rougeur diffuse, au centre de laquelle l'épiderme prend une teinte blanchâtre. Abandonnée à elle-même, la forme ampullaire peut guérir par résorption des produits d'exsudation ou par déhiscence de la phlyctène, et évacuation en dehors du contenu; d'autre fois, l'inflammation gagne en profondeur, si l'épiderme épais ne cède pas, et se transforme en phlegmon sous-dermique; on aura alors un abcès en bouton de chemise. La forme anthracoïde, rare à la paume, est née probablement d'une glande sudoripare, et se présente sous l'aspect d'une tuméfaction circonscrite, très douloureuse, analogue au furoncle.

II. *Phlegmon sous-dermique, ou sous-cutané, ou sous-aponévrotique.* — Comme son nom l'indique, l'inflammation siège dans la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée Il peut faire suite à une des formes précédentes ou au panaris, ou bien il peut être primitif. Il débute par une douleur lancinante, s'exagérant par la pression. Puis la rougeur et le gonflement tendent à gagner par en bas les espaces interdigitaux et envahissent rapidement la face dorsale de la main, dont le tissu est lâche. Au bout de quelque temps, toute la main est gonflée, les doigts sont écartés les uns des autres, mais les mouvements, bien que gênés par le gonflement, sont conservés; les phénomènes généraux (malaise, fièvre, etc.) sont beaucoup plus marqués que dans les formes précédentes. Puis à la résistance succède la fluctuation, dont la recherche est rendue difficile par l'épaisseur de la peau. Le pus s'accumule d'abord entre le derme et l'aponévrose; puis il ulcère le derme et, décollant l'épiderme avant de le perforer, forme encore ici un abcès en bouton de chemise. Dans certains cas, le pus fuse jusqu'aux espaces interdigitaux et se fait jour

à travers la peau mince des commissures; arrivé à ce niveau, l'infection peut gagner le dos de la main, et un abcès dorsal complique l'abcès palmaire; d'autres fois, le phlegmon gagne la profondeur. Ici, il ne faut jamais s'attendre à une fluctuation nette, à cause de l'épaisseur et de la tension de la peau: *la présence et le siège du pus sont indiqués* par une douleur très vive provoquée par la pression en un point limité. *Le phlegmon sous-cutané* sera d'abord distingué du *phlegmon superficiel* par le caractère des douleurs qui sont lancinantes et pulsatiles, par le gonflement plus circonscrit, par la localisation de la douleur et par l'œdème dorsal. D'autre part, il ne doit pas être confondu avec le *phlegmon profond,* dans lequel les doigts sont franchement fléchis et ont perdu leurs mouvements, alors que, dans le phlegmon sous-cutané, les mouvements des doigts sont encore possibles lorsqu'on les manie avec douceur, ou qu'on ordonne au malade de les faire mouvoir; c'est là un signe très important, mais qui peut manquer.

III. *Phelgmon profond ou sous-aponévrotique.* — Le siège des lésions est ici entre les deux aponévroses palmaires superficielle et profonde, au niveau de la loge externe, moyenne et interne, et dans chacune de ces loges, l'inflammation peut intéresser le tissu cellulaire sous-aponévrotique ou les gaines.

1° *Le phlegmon du tissu cellulaire sous-aponévrotique* succède à un panaris, à un phlegmon sous-cutané, à une plaie profonde ou à une synovite aiguë. Il se caractérise par un *gonflement* énorme des faces palmaire et surtout dorsale (main en battoir), par des *douleurs très vives* dans la paume de la main, où les tissus sont étranglés entre les

os et l'aponévrose, et par *des phénomènes généraux* très accentués (fièvre, malaise général, céphalalgie, tachycardie, etc.). Les doigts sont immobilisés par le gonflement, la première phalange est fléchie par contracture des interosseux et lombricaux, enfin les deux dernières phalanges sont étendues, car les fléchisseurs sont intacts. Le pus se forme rapidement et fuse dans plusieurs directions : vers la peau de la paume, vers les commissures des doigts, vers la face dorsale, vers les gaines et même vers l'avant-bras et bras, constituant, dans ce dernier cas, le phlegmon par diffusion le long des gaines vasculaires. Au niveau de la main, il se forme des décollements avec fistules multiples, et la main peut se transformer, suivant l'expression de Baudet, en véritable éponge purulente. La durée de cette forme est toujours longue (deux mois environ) et la guérison ne s'obtient, en général, qu'avec une certaine raideur des doigts. L'intensité des phénomènes locaux et généraux, le siège plus profond de la collection et l'attitude des doigts distinguent cette forme des formes précédentes.

2° *Phlegmon des gaines synoviales.* Ils sont consécutifs soit à un panaris, soit à un phlegmon sous-cutané, à une plaie profonde de la main, soit enfin à un phlegmon du tissu cellulaire sous-aponévrotique ; ils peuvent occuper une seule gaine (cubitale ou radiale) ou toutes les deux. Ils se traduisent : *a*) par des signes d'infection générale, toujours présents, avec fièvre élevée, frissons, état saburral des voies digestives, insomnie, délire. — *b*) douleur exquise à la pression tout le long de la gaine primitivement infectée, au niveau du creux palmaire et, enfin, immédiatement au-dessus du bord supérieur du ligament annulaire antérieur du carpe. — *c*) la position du doigt en crochet : la première phalange est fléchie sur la main (mais

peut rester dans l'extension); les deux autres sont également en flexion (contracture des fléchisseurs); tout redressement détermine une douleur excessivement violente et arrache des cris au malade. Ce dernier symptôme, très souvent observé, n'est cependant pas aussi constant que les précédents, et il ne faudrait pas conclure que la gaine commune des fléchisseurs est intacte du fait que l'on peut redresser ces deux, trois et quatre doigts.— *d*) gonflement énorme surtout dorsal de toute la main. La tuméfaction commence toujours par la partie inférieure de l'avant-bras et gagne ensuite l'éminence thénar et hypothénar, en respectant la partie moyenne de la paume de la main: en effet, la distension des gaines se fait difficilement à la paume, à cause des parois inextensibles de la loge ostéo-fibreuse; en revanche, au-dessus du poignet, rien n'empêche leur expansion que la mince aponévrose antibrachiale. C'est donc seulement quand le cul-de-sac supérieur de la gaine synoviale est distendu que le gonflement gagne la région palmaire. On voit alors une tuméfaction formée de deux renflements, l'un palmaire, l'autre antibrachial, avec une dépression intermédiaire au niveau du ligament annulaire; la fluctuation peut être perçue (rarement) d'un renflement à l'autre. Le pus peut, après avoir perforé la synoviale, fuser en bas vers les espaces interdigitaux, en haut vers l'avant-bras, en arrière vers le squelette et les articulations du poignet. Cette forme se distingue de la précédente par la position des doigts en griffe et l'impossibilité du mouvement, par l'œdème dorsal de la main. Mais le symptôme auquel il faut attacher la plus grande importance, c'est la douleur exquise à la pression: 1° le long de la gaine primitivement infectée; 2° au creux palmaire, et, enfin, 3° à la partie inférieure de l'avant-bras.

COMPLICATIONS

Les phlegmons sous-épidermiques ne présentent généralement pas de complications, sauf l'extension plus ou moins haute de la lymphangite. Par contre, les phlegmons sous-cutanés, et surtout les phlegmons sous-aponévrotiques, s'accompagnent souvent de complications qui peuvent être divisées schématiquement en quatre groupes :

a) Complications locales : exfoliation des tendons, arthrites purulentes du poignet ou de la main, ostéites, hémorragies secondaires ;

a) Complications à distance : fusées purulentes dans le membre supérieur, névrites, myosites ;

c) Complications générales : septicémie, pyohémie ;

d) Complications secondaires : rétractions tendineuses, ankyloses, perte de mouvements des doigts et du poignet.

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

En pratique, le diagnostic se pose de la façon suivante:

I. Y a-t-il phlegmon de la main? Ce premier point est, en général, facile à résoudre, et, pour cela, on se basera surtout sur: *a*) la notion d'un traumatisme antérieur (piqûre, écorchure, etc.), si petit qu'il soit; *b*) les douleurs vives et les caractères phlegmoneux de l'affection; *c*) la présence de phénomènes généraux parfois très marqués, pour peu que le phlegmon soit profond.

Tous ces symptômes permettent de distinguer facilement les phlegmons de la paume d'autres affections de cet organe, comme les tumeurs ramollies, les abcès froids, les synovites à grains riziformes, les anévrysmes, le chancre syphilitique de la main, etc.

II. Il y a phlegmon, quelle en est la nature? Il faut se baser surtout sur les commémoratifs et sur l'examen microscopique du pus.

III. Quel en est le siège? Les symptômes décrits à propos de chaque forme anatomo-clinique suffiront pour éclairer ce dernier point.

Pronostic. — Les phlegmons sous-épidermiques sont en général bénins; au contraire, les phlegmons sous-cutanés et surtout les phlegmons profonds sont relativement graves, non seulement au point de vue fonctionnel, mais même au point de vue vital, comme nous l'avons vu à l'étude des complications.

TRAITEMENT

Le traitement des phlegmons de la paume de la main peut paraître banal et leur ouverture, besogne vulgaire, besogne de « petite chirurgie »; mais c'est une besogne grave, certes, et qui engage singulièrement la responsabilité du praticien par les complications redoutables de cette affection; aussi mérite-t-il d'être étudié en détail. Avant d'examiner le traitement curatif des phlegmons de la paume de la main, disons d'abord quelques mots sur la prophylaxie de cette affection.

Traitement prophylactique. — Les phlegmons de la main peuvent être évités, si on soigne la plaie, quelle qu'elle soit, qui sera la porte d'entrée de l'infection: ainsi les plaies des doigts et de la main seront soigneusement désinfectées par un large badigeonnage à la teinture d'iode, les plaies anfractueuses seront nettoyées par un bon lavage à l'eau chaude additionnée d'eau oxygénée, les panaris seront incisés d'une façon précoce et large et un pansement humide à l'alcool sera appliqué tous les jours sur la plaie.

Traitement curatif. — A. *Les principes généraux* qui doivent guider le praticien dans le traitement des phlegmons de la paume sont les suivants:

a) *Au début de l'inflammation,* après un nettoyage à la teinture d'iode des doigts dela main et de la partie inférieure de l'avant-bras, la main est mise matin et soir dans un bain chaud, légèrement antiseptique (acide borique à 40 0/00, permanganate de potasse à 1 0/00, pendant une heure, et est enveloppée dans un large pansement à l'alcool. De plus, on recommandera au malade, pour atténuer les douleurs, de tenir la main élevée à l'aide d'une petite écharpe ou des coussins.

b) *Lorsque la suppuration a apparu,* ce qui est indiqué par de la douleur lancinante et persistante, par la tuméfaction intense, par l'œdème superficiel, et parfois par l'œdème dur, *il faut livrer passage au pus,* et, pour fournir de bons résultats, l'ouverture doit remplir les conditions suivantes:

1° *Etre précoce.* On ne doit jamais attendre que la fluctuation soit nette et que le pus, dans les abcès profonds, vienne sous la peau;

2° *Etre large.* En effet, il ne faut pas se contenter d'une simple ponction, d'une timide boutonnière à peine susceptible de livrer passage au pus;

3° Siéger à la paume de la main, au point à la fois le plus douloureux et le plus tuméfié, tout en respectant le paquet vasculo-nerveux;

4° *Etre suivie d'un large drainage* et de pansement à l'alcool.

Nous n'insistons pas sur la désinfection soignée de l'opérateur, du champ opératoire et la stérilisation des instruments (bistouri, ciseaux, sonde cannelée, pinces hémostatiques, drain, etc.), mais il est trois points sur lesquels nous voulons insister tout particulièrement: c'est l'anesthésie, l'hémostase préventive par la bande d'Esmarch et le pansement à l'alcool.

Faut-il anesthésier le malade?

Oui, si l'on veut faire œuvre utile. En effet, l'anesthésie a deux avantages: 1° elle évite les douleurs à ces pauvres malheureux qui ont passé plusieurs nuits blanches et qui présentent un état adynamique au plus haut degré; 2° elle permet au praticien de faire une ouverture large, sûre et suffisante, et d'éviter des opérations successives.

Mais quelle anesthésie faut-il administrer?

Dans les phlegmons sous-épidermiques et sous-dermiques étendus, de même que dans tous les phlegmons profonds, l'anesthésie générale est indispensable; on peut employer l'éther goutte à goutte ou le chloroforme, mais nous préférons le chlorure d'éthyle (kélène). *L'emploi de la bande d'Esmarch* est très utile, pour ne pas dire indispensable, car elle permet de voir parfaitement tout ce que l'on fait, d'éviter les organes importants et de rechercher les fusées purulentes. Le pansement à l'alcool, connu depuis la plus haute antiquité et d'un usage courant autrefois dans les services hospitaliers, paraît un peu abandonné; il donne cependant des résultats excellents, surtout dans l'affection qui nous intéresse actuellement; il n'a qu'un seul inconvénient: c'est le prix élevé de l'alcool éthylique rectifié à 90°; aussi avons-nous cru intéressant de faire des recherches depuis le mois d'août sur l'esprit de bois (alcool à brûler), ou alcool méthylique, dont le prix est bien moins élevé. Nous l'avons employé tantôt pur (90°4), tantôt mélangé à parties égales d'eau stérilisée (ce qui forme une solution alcoolique pesant 49°). Les compresses et le coton hydrophile trempés dans l'alcool à brûler et bien exprimés sont appliqués sur la main et dépassent largement la région enflammée; le tout est

maintenu par une bande de gaze. *Dans les plaies suppurées,* il ne faut jamais mettre d'imperméable; en effet, le pansement humide doit être, avant tout, un organe d'absorption, de drainage lent et continu; or il ne le sera que si le liquide dont il s'imbibe par sa face profonde peut s'évaporer librement par sa face superficielle. L'imperméable s'oppose à cette évaporation nécessaire. Ce pansement doit être renouvelé toutes les douze ou vingt-quatre heures et remplacera les bains quotidiens. Il peut être remplacé avec avantage par l'emploi de bains aseptiques ou légèrement antiseptiques, tièdes, répétés ou même continus, après asepsie préalable de la région voisine.

Il nous reste maintenant à étudier le traitement de chaque variété clinique, le traitement général et le traitement consécutif.

B. *Traitement des formes cliniques.*

Dans les phlegmons érythémateux, on se contentera de désinfecter soigneusement la région, de mettre la main dans un bain chaud et faiblement antiseptique (acide borique 40 0/00) et de faire tous les jours des pansements humides à l'alcool, *munis d'un imperméable.*

Dans le durillon forcé, on fera une incison verticale de 2 à 3 centimètres au point de la paume de la main le plus douloureux et, s'il existe des prolongements de l'abcès, il faudra faire une contre-ouverture commissurale ou dorsale.

Enfin, on drainera et on fera des pansements quotidiens à l'alcool *sans imperméable.*

Dans le phlegmon anthracoïde, une simple incision verticale au bistouri ou au thermocautère, accompagnée de pansements à l'alcool, constitue tout le traitement.

Dans le phlegmon sous-cutané, il faut inciser *à la paume* (et jamais au niveau de l'œdème dorsal), au point le plus tuméfié et le plus douloureux. L'incision sera *verticale,* suivant le prolongement du doigt correspondant pour éviter d'intéresser les collatérales; enfin, en haut, elle ne dépassera pas la limite connue de l'arcade superficielle Dans le cas d'un abcès *en bouton de chemise,* il faut avoir soin de bien débrider l'ouverture du derme, soit à l'aide d'une sonde cannelée, soit à l'aide d'une pince hémostatique de Kocher, qu'on introduit fermée et qu'on sort ouverte.

Pour les phlegmons *de l'éminence thénar,* qui présentent souvent un foyer palmaire et un foyer dorsal, il faut inciser sur le repli qui va du pouce à l'index afin d'ouvrir les deux foyers simultanément et d'éviter la section des muscles de la région et de l'artère radiale.

Pour les phlegmons de *l'éminence hypothénar*, on incisera le bord *interne* du pisiforme, pour éviter la blessure de la cubitale.

Phlegmon du tissu cellulaire sous-aponévrotique. — On fera une incision verticale dans le prolongement du doigt correspondant, au-dessous de la limite connue de l'arcade palmaire superficielle. Arrivé à l'aponévrose superficielle, on laisse le bistouri pour prendre la sonde cannelée, ou bien une pince hémostatique de Kocher, qui ira à la recherche profonde du pus. Puis, par la sonde cannelée, on agrandit l'ouverture aponévrotique suivant l'incision cutanée. On recherche les décollements; on pratique des contre-ouvertures (si cela est nécessaire) du côté du poignet ou du dos de la main, et on réunit les deux incisions par un drain.

Dans les phlegmons de la gaine, on a employé plusieurs méthodes que nous étudierons:

1° *La méthode classique,* en France, qui est conseillée dans tous les livres, est la suivante : Lorsque c'est la *synoviale cubitale* qui est atteinte, on fait une incision de 4 à 5 centimètres à la paume de la main, au-dessous de la limite de l'arcade superficielle et suivant l'axe de la commissure des quatrième et cinquième doigts (fig. 1) ; arrivé à l'aponévrose superficielle, on va à la recherche du pus avec la sonde cannelée, puis on agrandit l'ouverture aponévrotique, qui doit avoir les mêmes dimensions que l'incision cutanée. Par cette ouverture palmaire on introduit la sonde cannelée à l'extrémité légèrement incurvée (fig. 1), qu'on dirige vers le haut et qui vient, après avoir dépassé les plis de flexion de la main sur l'avant-bras, faire saillie sous les téguments, un peu *en dedans de l'axe de l'avant-bras.* Sur cette saillie, on incise couche par couche, et bientôt le bec de la sonde sort librement par l'incison qu'on agrandit avec les ciseaux, de manière à ce qu'elle ait environ 3 centimètres de longueur.

On passe enfin le drain d'une incision à l'autre, au moyen d'une pince courbe. Lorsque la suppuration siège *dans la synoviale radiale,* on incise à la paume de la main, sur la commissure qui va du pouce à l'index (fig. 1).

Sous les téguments, on découvre le muscle adducteur du pouce, dont les fibres ont une direction transversale. On introduit une sonde cannelée, immédiatement en avant de ce muscle, et on pousse l'extrémité vers le premier métacarpien, puis parallèlement à lui. Le bec de l'instrument ne tarde pas à découvrir le pus. On pousse alors la sonde cannelée de bas en haut jusqu'au poignet, où elle vient faire saillie sur le bord externe du tendon du grand palmaire (le médian est en dedans de ce tendon ; la radiale est plus en dehors) ; sur le bec de la sonde, on incise couche

par couche, et on réunit les deux incisions par un drain au moyen d'une pince recourbée.

Fig. 1. — **Incision et drainage des gaines d'après le procédé classique.**

En somme, la méthode classique consiste à pratiquer deux incisions : une palmaire et l'autre antibrachiale, et à faire passer un drain en anse de l'une à l'autre, en arrière du ligament annulaire antérieur du carpe. Or, comme le dit Lecène, ce drain passe à frottement serré, dans une gaine ostéofibreuse, inextensible, et déjà trop remplie par son contenu. Il en résulte :

a) Que le drainage se fait souvent mal (d'où propa-

tion de l'infection vers la profondeur, ostéites et ostéo-arthrites carpiennes et radiocarpiennes) ;

b) Que le drain comprime les organes contenus dans le canal carpien, soit les tendons (d'où nécrose et élimination de ceux-ci), soit le médian (d'où névrite).

Aussi Lecène propose une nouvelle méthode qui consiste *à l'ouverture large des gaines avec section du ligament annulaire.* Ce procédé, recommandé par Helferich dès 1891, puis plus tard par Forcell (1903), était complètement ignoré en France jusqu'en février 1911, époque à laquelle il a été mis en lumière par Lecène. Ce dernier décrit une technique qui peut être résumée de la façon suivante : Le malade étant endormi et la bande d'Esmarch appliquée, on fait une incision cutanée (fig. 2) qui commence à la partie inférieure de l'avant-bras, exactement sur la ligne médiane, à 5 cent. environ au-dessus du pli de flexion du poignet, incision qui se prolonge ensuite, toujours médiane, jusqu'au milieu de la paume de la main. Secondairement, suivant qu'il s'agit d'un phlegmon de la gaine cubitale ou radiale, l'incision ira dans la direction du petit doigt ou du pouce, souvent même des deux côtés. Dans un second temps, on recherche le médian au-dessus du ligament annulaire et on incise suivant les mêmes lignes l'aponévrose antibrachiale, puis le ligament antérieur du carpe (qui doit être coupé complètement) et l'aponévrose palmaire jusqu'au milieu de la paume : cette incision doit être menée légèrement de façon à reconnaître l'arcade palmaire superficielle qu'on coupe entre deux ligatures, on ouvre ensuite largement la gaine cubitale et l'on aperçoit le recessus rétro-tendineux où se trouve constamment le pus.

En cas de suppuration totale de cette gaine, on prolonge l'incision initiale médiane vers la gaine du petit doigt.

S'il y a suppuration de la gaine du fléchisseur du pouce, on prolonge l'incision initiale vers la gaine du pouce *presque perpendiculairement* à la direction de l'incision précédente : on doit ménager, à la base de l'éminence thénar, le pont de tissu qui contient les filets thénariens du mé-

Fig. 2. — Incision des phlegmons des gaines d'après le procédé de Lecène.

dian. On panse enfin à plat sans drainage avec de la gaze imbibée d'eau bouillie à laquelle on adjoint un peu d'eau oxygénée ou bien du baume du Pérou. Les résultats obtenus par Lecène grâce à cette méthode ont été très bons :

l'infection générale, toujours grave au début, a cédé en 2 à 3 jours; sur quatre cas, il n'a jamais observé de propagations secondaires ostéo-articulaires, ni de névrite du médian; les malades peuvent fléchir et étendre le poignet avec autant de force qu'avant la section du ligament antérieur; quant à la mobilité des doigts, elle est naturellement fonction de l'état des tendons.

La méthode de Bier (compression par une bande élastique) a donné quelquefois des résultats très bons, mais elle s'applique surtout aux cas soignés au début et doit être pratiquée par des mains expertes. Aussi le praticien peut évidemment l'essayer, mais ne doit pas insister longtemps s'il n'en obtient pas un bon résultat rapide. Sur cent vingt-huit cas traités par cette méthode, Keppler signale soixante-dix-huit bons résultats; treize médiocres, trente-trois mauvais et quatre décès.

4° Enfin, Klapp (de Berlin), dans le *Berliner Klinische Wochenschrift* du 13 avril 1908, passant en revue les différents traitements opposés aux graves phlegmons des gaines palmaires, constate qu'aucun de ces traitements n'a encore donné de bons résultats en ce qui concerne la fonction ultérieure des tendons atteints. *Aussi cet auteur préconise la technique suivante:* au niveau de *chaque* phalange, inciser *latéralement* la gaine sur une longueur inférieure à celle de la phalange elle-même; pratiquer une contre-ouverture du côté opposé; faire de même sur la face palmaire de la *main* au niveau de la tête du métacarpien, que recouvre toujours le cul-de-sac supérieur de la gaine. Quand il s'agit d'un phlegmon du pouce ou du petit doigt dont les gaines remontent jusqu'à l'avant-bras, ajouter aux incisions précédentes deux incisions latérales sur la partie palmaire de la gaine et deux sur sa partie antibrachiale. Laver largement au sérum la gaine ainsi incisée

et panser à plat, *sans drainage,* avec de l'eau alcoolisée. Le malade doit exécuter, de temps en temps, des *mouvements d'extension et de flexion* des doigts et de la main; il le fera surtout chaque matin dans un bain de sérum chaud. Ce massage actif écarte les lèvres des incisions, exprime le pus nouvellement formé, et surtout *prévient la formation d'adhérences.* — Enfin, dans le lit, la main reposera à plat et on se trouvera bien de soumettre le membre supérieur à l'action de *l'air chaud* et de la *lumière* dans un appareil *ad hoc.* Grâce à cette thérapeutique, les résultats obtenus par Klapp sont excellents et il n'a vu que rarement survenir les nécroses tendineuses et les ankyloses si fréquentes avec les anciennes méthodes.

III. *Traitement consécutif.* — Il est d'une importance capitale en pratique et consiste à vaincre la raideur des doigts et du poignet et à rétablir les fonctions des doigts par le massage soigné et progressif, par l'électrothérapie et la mécanothérapie. Cette dernière méthode a pris beaucoup d'extension actuellement et donne des résultats excellents. Elle est appliquée d'une façon systématique dans le service de M. le Professeur Forgue, grâce à un merveilleux appareil de Bidou qui, annexé à la clinique, permet de faire tous les mouvements.

IV. *Traitement général.* — On soignera l'état général qui est souvent gravement atteint, surtout dans les phlegmons profonds, par les toniques et les reconstituants, par les antiseptiques généraux (électrargol), par l'huile camphrée à hautes doses (20 centim. cubes matin et soir). Enfin tout récemment on a essayé de combattre l'infection par une sérothérapie spécifique, mais les résultats obtenus ne paraissent pas parfaits.

OBSERVATIONS

Observation Première

Due à l'obligeance de M. OEconomos.
(Service de M. le professeur Forgue.)

H. J..., 39 ans, pêcheur, entre, le 7 août 1912, dans le service de M. le professeur Forgue, salle Delpech, 33, pour phlegmon de la main droite.

Il y a un mois, à la suite d'une légère piqûre, le malade a accusé des douleurs et de la tuméfaction du petit doigt droit. Le médecin traitant l'a incisé deux fois, sans faire sortir une goutte de pus.

Depuis huit jours, les douleurs sont lancinantes, très intenses, rendant impossible tout repos. La tuméfaction s'étend sur toute la main et le quart inférieur de l'avant-bras; les doigts sont en flexion ; la palpation de la paume de la main, très douloureuse, ne révèle pas de fluctuation; la température axillaire est à 39°,5, le pouls à 120.

Traitement. — Après anesthésie générale au kélène, on fait une incision qui commence à la partie inférieure de l'avant-bras, exactement sur la ligne médiane, et se prolonge ainsi jusqu'au milieu de la paume de la main d'une part et dans la direction du petit doigt de l'autre. On coupe complètement le ligament annulaire du carpe et on ouvre largement la gaine cubitale et celle du petit doigt.

Une quantité assez notable de pus s'écoule de ces ouvertures. Bains de la main et pansement à l'alcool.

Suites post-opératoires. — Les douleurs ont cessé dès le soir de l'intervention ; la température est montée à 40° le soir, pour devenir normale à partir du quatrième jour ; l'état général s'est beaucoup amélioré ; la plaie s'est cicatrisée lentement et progressivement, et le malade a quitté l'hôpital le 25 septembre 1912 (après 50 jours de traitement). Malgré les massages, il persiste une légère ankylose des phalanges et en particulier du petit doigt.

Observation II

P..., femme de 48 ans, entre, le 27 août 1909, dans le service du professeur Hartmann, que j'avais l'honneur de suppléer à l'hôpital Bichat, pour un phlegmon de la gaine du fléchisseur du pouce.

Il y a cinq jours, la malade a eu un panaris du pouce droit ; ce panaris a été insuffisamment incisé à deux reprises, en ville, sur la face palmaire de la première phalange.

Le pouce droit est gonflé, très douloureux ; la flexion active est impossible ; par les deux incisions, il sort un peu de pus bien lié ; toute la région de l'éminence thénar est douloureuse et gonflée ; de plus, au-dessus du ligament annulaire du carpe, le long du bord externe de la face antérieure de l'avant-bras, il existe de la rougeur, du gonflement et une vive douleur à la pression. Les autres doigts sont bien mobiles et non douloureux ; les mouvements de l'articulation radio-carpienne sont également indolents. Temp., 38°,5 ; pouls, 90.

Opération (27 août 1909). — Longue incision commençant au niveau de la phalange unguéale du pouce et descendant ensuite horizontale jusqu'au milieu de la paume de la main ; à ce niveau, l'incision remonte exactement sur la ligne médiane jusqu'à deux travers du doigt au-dessus du ligament annulaire du carpe. Section complète de ce ligament annulaire, mise à nu du nerf médian qui est récliné ainsi que ses filets thénariens sous le côté radial du ligament annulaire divisé. La gaine synoviale du long fléchisseur propre du pouce apparaît alors, distendue par le pus ; elle est incisée de bout en bout ; le pus est essuyé avec des compresses, en soulevant le tendon qui paraît sain.

Guérison progressive de la vaste incision. La malade sort complètement cicatrisée le 18 octobre 1909. A aucun moment il n'y a eu de phénomène de névrite du médian ; malheureusement je n'ai pu revoir la malade à longue échéance, comme je l'aurais désiré.

Observation III

M..., âgé de 43 ans, entre, le 18 novembre 1909, dans le service du professeur Hartmann, pour un gonflement douloureux de la main et de l'avant-bras gauche, avec fièvre élevée et infection grave.

Le 15 novembre, le malade s'est piqué au niveau de la première phalange du pouce gauche.

Actuellement (18 novembre 1909) : température, 40°,3 ; pouls, 100 ; langue sèche. La main est tenue en flexion ; tous les doigts sont gonflés, douloureux, fléchis et écartés les uns des autres ; la tuméfaction est surtout nette

au niveau du pouce qui est tout à fait fléchi et d'une coloration rose vif. Le creux palmaire a disparu et est remplacé par une voussure, très douloureuse à la pression ; la face antérieure de la partie inférieure de l'avant-bras est également gonflée, d'une teinte rouge violacé ; par la pression à ce niveau, on réveille une *douleur très vive*. Il est impossible de placer les doigts en extension, sans provoquer de la douleur. La face dorsale du métacarpe et du poignet est le siège d'un œdème blanchâtre, peu douloureux à la pression.

Opération (18 novembre 1909). Incision médiane, commençant à deux travers de doigt au-dessus du ligament annulaire, sur la face antérieure de l'avant-bras ; cette incision est prolongée jusqu'au milieu du creux palmaire, dans la direction du fléchisseur du médius. Section complète du ligament annulaire du carpe ; on découvre et récline en dehors le nerf médian ; on découvre et coupe entre deux ligatures l'arcade palmaire superficielle. On voit alors apparaître la gaine commune des fléchisseurs distendue par le pus ; on l'incise et on éponge le pus ; en soulevant les tendons fléchisseurs dégagés de leur gaine, on trouve une fusée purulente rétro-tendineuse, pré-carpienne, qui est également nettoyée. On prolonge alors l'incision médiane dans la direction du long fléchisseur du pouce, en évitant la racine de l'éminence thénar (filets thénariens du médian). On ouvre la gaine du fléchisseur et l'on trouve du pus tout du long de cette gaine. On prolonge de même l'incision médiane dans la direction des fléchisseurs du petit doigt, et l'on ouvre en totalité la gaine de ces fléchisseurs qui contient également du pus jusqu'à son extrémité. Pansement à plat ; ablation de la bande d'Esmarch. (Le pus contient du streptocoque en longues chaînettes.)

Dès le surlendemain de l'incision totale des gaines, chute de la température à 37°,6 le matin. Guérison progressive des larges incisions : le malade sort *complètement cicatrisé* le 25 décembre 1909. A aucun moment, il n'a présenté de phénomènes de névrite du médian. Je n'ai pu revoir ce malade à longue échéance.

CONCLUSIONS

Les phlegmons de la paume de la main sont d'une importance capitale pour le praticien à cause de leur grande fréquence et leur pronostic redoutable.

Ils s'observent plus fréquemment à l'âge de 20 à 25 ans, chez l'homme, et à la main droite.

Au point de vue pathogénique, l'injection se propage à la main et à l'avant-bras, tantôt pour le tissu cellulaire, tantôt par les lymphatiques, tantôt par les gaines synoviales.

En clinique, il faut distinguer trois variétés de phlegmons de la paume: le phlegmon sous-épidermique, le phlegmon sous-dermique et le phlegmon sous-aponévrotique.

Pour éviter les phlegmons de la main, il faut soigner la plaie, quelle qu'elle soit, qui sera la porte d'entrée de l'infection. Au début de l'inflammation, on emploiera les bains tièdes, légèrement antiseptiques, accompagnés de pansements à l'alcool. Lorsque la suppuration a apparu, il faut livrer passage au pus par une incision *précoce et large.*

Dans les phlegmons des gaines, on emploiera de préférence le procédé de Lecène, qui consiste à l'*ouverture large des gaines avec section du ligament annulaire.*

BIBLIOGRAPHIE

Albrecht. — Traitement des phlegmons des gaines tendineuses. Société Hufeland, 12 nov. 1902.

Angué. — Du panaris ostéomyélitique. Thèse de Lyon, 1897.

Altemaire et de Bovis. — Etude sur les phlegmons profonds lymphangitiques de la main et de l'avant-bras. Arch. de Méd. et de pharm. milit., Paris, 1896.

Armelia. — Journal des praticiens, 1912.

Batut. — Phlegmon diffus érysipélateux de la main et de l'avant-bras, périarthrite du poignet, sphacèle tendineux et musculaire. Bull. Soc. médico-chir. de la Drôme et de l'Ardèche, Valence, 1909.

Berger. — Phlegmon de la gaine synoviale des fléchisseurs des doigts compliqué de suppuration des articulations du carpe ; guérison avec conservation des mouvements. Bull. méd., 1906, XX, 399-403.

Brooks. — Operations in the treatment of palmar absces. Boston medical and surgical Journal, 1899.

Bier. — Traitement des phlegmons des gaines tendineuses. Soc. Hufeland, 12 nov. 1908.

Cayla. — Traitement abortif des phlegmons par les bains locaux et l'application de glace. Gaz. hebdom. des scienc. méd. de Bordeaux, 1907.

Chevalet. — Des phlegmons angioleuciques du membre supérieur. Th. de Paris, 187[illegible].

Dolbeau. — Leçons sur les inflammations du membre supérieur Journ. de l'Ecole de médecine, 1876.

Doege. — A cute phlegmons of the hand. Milw. med. Journ., 1905, p. 283.

Duvergey et Guyot. — Les incisions systématiques dans le phlegmon grave de la main. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 15 mai 1908.

Emery et Sabatier. — Un cas de panaris à gonocoque par infection directe. La Clinique, 29 nov. 1909.

Forsell. Berliner Klin. Woch., 1892, n° 4

Garnier. — De l'inflammation aiguë des gaines synoviales de la paume de la main. Th. de Paris, 1878.

Guyot. — Les incisions systématiques dans le phlegmon grave de la main. Soc. de médecine et de chir. de Bordeaux, 15 mai 1908.

Gallavardin et Delachanal. — Du phlegmon séreux rhumatismal. Lyon médical, 14 nov. 1909.

Gangolphe. — Phlegmon diffus considérable du membre supérieur; résultats éloignés. Soc. de chir. de Lyon, 18 nov. 1909.

Imbert. — Sur la pathogénie des phlegmons de la main. Presse médicale, 28 août 1909.

— Pathogénie des phlegmons de la main. Clinique chirurgicale. Hôtel-Dieu de Marseille, 17 nov. 1909; *in* Marseille médical, 1er février 1910.

Kanavel. — Surgery, gynec. and. obst. 1909, t. VIII, p. 49.

Keppler. — Etude clinique des phlegmons des gaines de la main, et plus particulièrement de leur traitement par l'hyperémie. Deut. Zeit. für Chir., mai

1912. Analysé *in* Journal de chirurgie, 1912, II, p. 120.

Kourowiski. — Essai sur le traitement abortif du phlegmon. Thèse de Montpellier, 1884-1885.

Karewski. — Traitement des phlegmons des gaines tendineuses. Soc. Hufeland, 12 nov. 1908.

Klapp. — Traitement des phlegmons des gaines tendineuses. Soc. Hufeland, 12 nov. 1908. Analysé *in* Journal de chir. 1908, p. 221.

Lecène. — Remarques sur le traitement des phlegmons graves des gaines synoviales de la main. Journal de chir., 1911, 15 février. (Avec 11 figures.)

Lexer. — Phlegmon streptococcique aigu de la main. Soc. des sc. méd. de Kœnisberg, 7 mars 1910.

Martin. — Traitement des phlegmons de la main. Le Sud Médical, 15 février 1912.

Œconomos. — Les phlegmons de la paume de la main. Gazette médicale de Montpellier, novembre 1912.

Pauchet. — Phlegmons de la main. La Clinique, 13 novembre 1908.

Picqué. — Traitement chirurgical des infections de la paume de la main. Journal de chirurgie, 15 octobre 1913.

Potherat. — Soc. de chir. de Paris, 14 déc. 1909.

Rainville. — Traitement du phlegmon diffus gangréneux. Progrès médical, Paris, 1908.

Sanière. — Pathogénie des phlegmons de la main. Thèse de Montpellier, 1910, n° 91.

Schwartz. — Recherches anatomiques et cliniques sur les gaines synoviales de la face palmaire de la main. Thèse de Paris, 1878.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leur enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 25 novembre 1914.
Le Recteur.
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 26 novembre 1914
Le Doyen.
MAIRET.